Tulane Medical Library

1937

# PSEUDODEMENZ UND URSPRÜNGLICHE PERSÖNLICHKEIT

DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER HESSISCHEN LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU GIESSEN

VORGELEGT VON

LEONHARD BACKMANN

AUS HALTERN WESTF.

Giessen 1937

[redacted]

DRUCK VON WALTER DE GRUYTER & CO.

Gedruckt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät zu Gießen
Referent: Prof. Dr. H. F. Hoffmann

Sonderdruck aus der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 105

In seinem Werk »Über irre Verbrecher« 1888 hat *Moeli* als erster mit Nachdruck auf ein bei Strafgefangenen beobachtetes Verhalten hingewiesen, welches darin besteht, daß ganz bekannte Dinge wie Alter, Geburtsstadt, Name der eigenen Kinder, Einmaleins, Münzenwerte usw. anscheinend nicht gewußt werden. *Moeli* schreibt in seinem Buch: »Neben dem Vorbringen positiver Unwahrheiten über das Vorleben wird sehr häufig ein scheinbares Vergessen ganz bekannter Dinge, des Alters, des Einmaleins, eine Unkenntnis von Münzen etc. beobachtet. Die Antwort ist zwar falsch, steht aber doch dem Sinn nach in Beziehung zu der Frage und zeigt, daß der Kreis der richtigen Vorstellung berührt ist. Ein Taler z. B. ist »eine Mark«, eine Briefmarke »Papier« und ähnliches. Dieser Ausfall einfachster Denk- und Erinnerungstätigkeit bei einem sonst geordneten Verhalten veranlaßt naturgemäß den Verdacht einer Simulation«. *Moeli* führt dann weiter aus, daß ein solches Benehmen zwar auf Vorspiegelung von Schwachsinn berechnet sein kann, daß es jedoch gar nicht selten als krankhaft zu betrachten ist und somit an sich noch keineswegs die Annahme bewußter Unwahrheit — also in diesem Falle Simulation — begründet.

In der Folge teilten auch andere Autoren ihre Beobachtungen auf diesem Gebiete mit. *Ganser* war es, der auf ein eigentümliches Krankheitsbild hinwies, das er ebenfalls bei Strafgefangenen gesehen hatte und »einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand« nannte, ein Krankheitsbild, bei dem das oben genannte Symptom im Vordergrund steht. Der Forscher skizziert an Hand von 4 Fällen die beobachteten Zustandsbilder, die er als einheitliche Gruppe aufgefaßt wissen will, und sagt wörtlich: »Die auffälligste Erscheinung, welche sie (die Kranken) darboten, bestand darin, daß sie Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kund taten, daß sie den Sinn der Fragen ziemlich erfaßt hatten, und

daß sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verrieten, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besaßen«. Damit war die Definition des Symptoms der falschen, unsinnigen Antworten, des Vorbeiredens gegeben, von *Ganser* vielleicht erschöpfender als von *Moeli*, aber von beiden Autoren in ähnlicher Weise.

Als Nachwirkungen der *Ganser*schen Veröffentlichung sah man in den folgenden Jahren das Symptom meist nur bei Kriminellen und zwar im wesentlichen als Teilerscheinung von hysterischen Dämmerzuständen (*Lücke*) oder von hysterischen Stuporzuständen (*Raecke*), bis *Henneberg* dann an Hand von zahlreichen Fällen zeigen konnte, daß dieses »Vorbeireden« auch bei einfacher Hysterie, besonders bei der Unfallhysterie in Erscheinung trat. In dem Streit zwischen *Ganser* und *Raecke* einerseits, die das Symptom für einen Ausfluß der Hysterie hielten, und *Nissl* andererseits, der glaubte, darin »eine eigenartige Äußerung des katatonischen Negativismus« zu sehen, wurde durch *Westphal* eine Verständigung angebahnt. *Westphal* kommt an Hand von 4 Fällen zu dem Schluß, daß das Symptom des Vorbeiredens kein eindeutiges ist, daß es vielmehr in sehr ausgesprochener Weise bei verschiedenartigen psychischen Störungen, wie der Hysterie und der Dementia praecox vorkommt [2]).

Auch *Hey* stellte in seinen Schlußfolgerungen zunächst fest, daß es im Hinblick auf das Vorkommen des *Ganser*schen Symptoms bei verschiedenen Psychosen nicht angeht, dasselbe als ein einheitliches aufzufassen, dann ferner, daß dieses Symptom sich sowohl bei forensen (Kriminellen und Traumatikern) als auch bei nichtforensen Kranken findet. Derselbe Autor erweiterte den Begriff des Vorbeiredens, indem er neben den unsinnigen Antworten auch das Nichtwissenwollen hinzurechnete. *Henneberg* sonderte die »unsinnigen und inadäquaten« Antworten der Katatoniker ab und forderte für das eigentliche *Ganser*sche Symptom »nahe Beziehung zur Fragestellung und zur richtigen Antwort«. Er empfahl, bei der Prüfung auf das *Ganser*sche Symptom Vorsicht walten zu lassen, da man sonst Gefahr laufe, durch die betreffenden Fragen dem Exploranden Simulation oder Aggravation nahezulegen oder eine unzweckmäßige Suggestion bei dem Kranken auszuüben. Später veröffentlichte *Stertz* aus der Breslauer Klinik eine Reihe einschlägiger Fälle, die er unter dem Namen »Pseudodemenz« zusammenfaßte [3]). *Schuppius* befaßte sich unter Veröffentlichung mehrerer Fälle aus

---

[2]) Es handelt sich um 2 Fälle von Hysterie und 2 Fälle von Dementia praecox. (Fall 25 bis 28 der Tabelle 1.)

[3]) Die Bezeichnung Pseudodemenz wurde erstmalig von *Wernicke* in diesem Sinne gebraucht.

derselben Klinik eingehend mit dem Symptomenbild der Pseudodemenz und seiner Bedeutung für die Begutachtungspraxis [4]). In der Folgezeit wurden die Arbeiten auf diesem Gebiete merklich seltener, ja, man darf wohl mit Recht sagen, daß es in den letzten $1^1/_2$ Jahrzehnten sehr ruhig geworden ist um die Pseudodemenz. Und doch ist das Wesen dieses Symptoms noch keineswegs vollkommen geklärt und aufgedeckt, sodaß es sich immerhin lohnen mag, von bestimmten Gesichtspunkten aus eine weitere Erforschung dieser zweifellos praktisch bedeutungsvollen und wissenschaftlich interessanten psychischen Störung zu versuchen.

Über den psychologischen Mechanismus des Zustandekommens der Pseudodemenz sind manche geistreiche Erklärungsversuche veröffentlicht worden, auf die ich an dieser Stelle im einzelnen nicht näher eingehen kann [5]). Ich bin in der Erforschung der ursächlichen Momente auf die frühere Persönlichkeit der Pseudodementen zurückgegangen und habe den Versuch gemacht, einmal den Mutterboden, aus dem die Pseudodemenz hervorsprießt, etwas genauer zu analysieren, das psychische Substrat zu untersuchen, das diesem Symptom in den Einzelfällen zu Grunde liegt. An Hinweisen für eine solche Betrachtungsweise fehlt es in der Literatur nicht [6]). Ganz allgemein wird in den einschlägigen Arbeiten immer wieder betont, daß für die Entwicklung einer Pseudodemenz keineswegs ausschließlich die Begehrungsvorstellungen maßgebend sein können, sondern daß tiefere Mechanismen diesem Symptom zu Grunde liegen müssen, wenn es auch im Einzelfall nicht immer gelingt, die verborgenen Grundlagen des gegebenen Zustandsbildes klar zu eruieren. Es wird von einer psychopathisch-degenerativen Konstitution gesprochen als Grundlage, auf der sich diese Reaktion entwickeln soll [7]). Namhafte Forscher haben an Hand von Fällen gezeigt, wie häufig bei Pseudodementen schwere Degenerationszeichen wie Trunksucht, moralische und intellektuelle Minderwertigkeit, Epilepsie und andere Geisteskrankheiten in Erscheinung treten, und auf die engen Zusammenhänge aufmerksam gemacht, die bestehen zwischen Rentenneurose und Hysterie einerseits und Pseudodemenz andererseits [8]).

---

[4]) Sehr beachtlich sind die hier eingeflochtenen Ausführungen über die Ätiologie der Pseudodemenz.

[5]) *Schuppius* (l. c.) u. a.

[6]) So sagte schon *Hey* (l. c.): Im ganzen wird die Ätiologie dort zu finden sein, wo wir sie in erster Linie auch für die Psychosen überhaupt suchen, in der hereditären Belastung und in der Degeneration mit ihren Defektzuständen in der intellektuellen und moralischen Sphäre.

[7]) *Bieling* u. a.

[8]) Insbesondere verweise ich auf die Veröffentlichungen von *Flatau* und *Stertz* (l. c.). Siehe hierzu auch *Schuppius* (l. c.).

Um bei meinen Nachforschungen über die ursprüngliche Persönlichkeit möglichst genaue Ergebnisse zu bekommen, habe ich neben 71 Fällen, die in der Literatur als zweifelsfreie Pseudodemenz veröffentlicht worden sind, noch 10 bisher unveröffentlichte Fälle von Scheinblödsinn aus der Gießener Klinik für diese Arbeit ausgewertet. Auch bei diesen letzteren war die Diagnose in jedem Fall einwandfrei gesichert; mehrere dieser Fälle habe ich persönlich beobachten können.

Bei den aus der Literatur genommenen Fällen handelt es sich naturgemäß um Material, das mir abgeschlossen vorlag. Der große Nachteil für eine wissenschaftliche Bearbeitung bestand darin, daß ich die aus den verschiedensten Motiven beschriebenen Krankheitsbilder für den speziellen Zweck dieser Abhandlung nicht weiter erforschen konnte. In vielen Veröffentlichungen war zwar die frühere Persönlichkeit der Kranken erschöpfend dargestellt; aber in nicht wenigen Fällen ließen nur einige diesbezügliche Hinweise oder die eine oder andere familienanamnestische Angabe ein weniger scharf umrissenes Bild der praemorbiden Persönlichkeit erkennen. Immerhin konnte man sich in den allermeisten Fällen ein einigermaßen fundiertes Urteil über die einzelnen Rubrikaten bilden, und so, Fall an Fall gereiht, einen allgemeinen Einblick in die ursprüngliche Persönlichkeit der Pseudodementen gewinnen. In 4 der aufgeführten Fälle war außer der Berufsangabe über die frühere Persönlichkeit nichts mitgeteilt.

Fangen wir mit der erblichen Belastung an, so fanden sich in den Familienanamnesen mancherlei Belege für eine gewisse hereditäre Degeneration. In 8 Fällen hatte einer der Vorfahren an schwerer Geisteskrankheit gelitten; in 5 Fällen bestanden in der Familie Nervenkrankheiten und nervöse Störungen, und 6mal war in der Aszendenz eine ausgeprägte Psychopathie nachweisbar. Von moralischer und geistiger Minderwertigkeit der Eltern war jeweils in 2 Fällen die Rede. Bei weiteren 4 Kranken bestanden neben einer Geisteskrankheit noch andere Degenerationsmerkmale in der Familie, wie Psychopathie, moralische und intellektuelle Minderwertigkeit. Einmal waren familienanamnestisch nervöse Störungen und Psychopathie angegeben. Ein besonders eindrucksvolles Bild von erblicher Belastung bei Pseudodemenz führt uns *Riklin* mit seinem ersten Fall vor Augen: Großvater, Vater und eine Schwester des Kranken litten an transitorischen Bewußtseinstrübungen; eine Schwester war als Kind längere Zeit hindurch geistesgestört; eine weitere Schwester verbrachte 4 Wochen in einer Irrenanstalt; ein Onkel und ein geisteskranker Vetter endeten durch Suizid; eine Cousine wurde schon in jungen Jahren geisteskrank[9]). In 28

[9]) Diesen anamnestischen Angaben ist um so mehr Beachtung zu schenken, als es sich hier um eine Pseudodemenz handelt, die geradezu als Schul-

Fällen von der Gesamtheit war erbliche Belastung festzustellen. Von den übrigen 43 Fällen wurde diese bei einem verschwindend kleinen Teil ausdrücklich verneint; meist jedoch waren keinerlei familienanamnestische Angaben gemacht.

Schauen wir uns nun die Persönlichkeit der Pseudodementen an, wie sie vor der Erkrankung in Erscheinung trat, so fällt uns die überraschende Fülle von abnormer Veranlagung, von psychischen Defektzuständen und sonstigen Minderwertigkeitssymptomen geradezu auf.

Am häufigsten fanden sich Anzeichen für Hysterie, teils als hysterische Anfälle, teils als sonstige hysterische Erscheinungen, im ganzen 43mal, und zwar ausnahmslos in Kombination mit anderen psychischen Abnormitäten und Degenerationserscheinungen. Nächst der Hysterie ist die Psychopathie vorherrschend. Von den 71 Pseudodementen waren nicht weniger als 24 vor ihrer Erkrankung als schwere Psychopathen bekannt. Nur in einem einzigen Fall bestand die Psychopathie für sich allein; meist fand sich daneben noch Hysterie, geistige Beschränktheit oder moralische Minderwertigkeit; ganz vereinzelt waren psychopathische Erscheinungsformen auch mit Trunksucht kombiniert. Moralische Minderwertigkeit und geistige Beschränktheit kamen ungefähr mit der gleichen Häufigkeit vor (24- bzw. 21mal). In etwa $^1/_3$ der Fälle traten diese Defekte gemeinsam auf, im übrigen allein oder in Verbindung mit sonstigen Abnormitäten. Aus dem häufigen Vorkommen von moralischer Minderwertigkeit ist wohl auch der relativ hohe Prozentsatz von Kriminalität bei diesen Fällen erklärlich[10]). Manche dieser Kriminellen waren sehr häufig, einer sogar 30mal wegen der verschiedensten Delikte vorbestraft. Alkoholabusus ist in 10 Fällen angegeben; immer bestanden daneben noch andere Abweichungen. Noch seltener fanden sich Krampfanfälle, wohl meist epileptischer Natur, gelegentlich in Verbindung mit anderen Erscheinungsformen der Epilepsie. Persönlichkeiten, von denen ausdrücklich erwähnt ist, daß sie sich bis zum Auftreten der Pseudodemenz vollkommen unauffällig und normal verhalten haben, fanden sich unter den 71 Fällen nur 4. Bei diesen 4 Fällen war auch von erblicher Belastung nichts erwähnt.

Werfen wir nun abschließend noch einen Blick auf die soziale und berufliche Stellung unserer Patienten, so zeigt es sich, daß wir es durchweg mit Menschen zu tun haben, die infolge ihrer

---

beispiel anzusprechen ist. *Riklin* beschreibt den Fall als hysterischen Dämmerzustand mit *Ganser*schem Symptom, und betont ausdrücklich, daß weder die Eigenanamnese noch auch die Untersuchungen irgendwelche Anhaltspunkte für Katatonie resp. Dementia praecox ergaben.

[10]) Siehe Tabelle 1.

krankhaften Konstitution im Kampf ums Dasein irgendwie gehemmt, meist nicht die Schwungkraft hatten, sich auf dem Niveau ihres angeborenen Milieus zu halten, bzw. sich darüber zu erheben, und so größtenteils den unteren Volksschichten angehören. Bei der Gesamtzahl unserer Fälle befand sich nicht ein Beamter. Der einzige Akademiker, ein Rechtsstudent, soll bereits mit 16 Jahren in seiner geistigen Regsamkeit nachgelassen haben und später in Katatonie verfallen sein. Das weitaus größte Kontingent unserer Fälle stellten Arbeiter und Arbeiterfrauen. In 5 Fällen war der Beruf aus den Aufzeichnungen im Krankenblatt nicht ersichtlich.

Einen Gesamtüberblick über die psychischen Defekte der ursprünglichen Persönlichkeit bei den einzelnen Fällen, insbesondere über die Kombination der psychischen Abnormitäten miteinander und mit erblicher Belastung gewährt die folgende Tabelle.

Tabelle 1.

| Fall | Beruf | Belastung in der Familie | Psychische Abnormitäten bei den Patienten | | | | | | Norm. Persönlichkeit | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Epilepsie | Hysterie | Psychopathie | Geistige Beschränkth. | Moral. Minderwertigk. | Trunksucht | | |
| 1 | Mädchen | | | + | | | | | | |
| 2 | Knabe | | | + | | | | | | |
| 3 | Musikerin | | | | + | | | + | | |
| 4 | Arbeiter | + | + | | | | | | | |
| 5 | Soldat | + | + | + | + | + | + | | | Kriminalität |
| 6 | Dienstmädchen | + | | + | | | + | | | ,, |
| 7 | Arbeiter | | | | | | | | + | Schädeltrau. |
| 8 | Kesselschmied | + | + | | | | | + | | |
| 9 | Landwirt | | | + | | | | | | |
| 10 | Kaufmann | | | | + | + | | | | |
| 11 | ? | | | + | | | | | | |
| 12 | ? | | | + | | | | | | |
| 13 | ? | | | + | | | | | | |
| 14 | ? | | | + | | | | | | |
| 15 | Näherin | + | | + | + | | | | | |
| 16 | Musiker | + | + | + | + | | | | | Kriminalität |
| 17 | Zuschläger | + | | + | | + | + | | | ,, |
| 18 | Kaufmann | + | | + | + | | | | | ,, |
| 19 | Schreiner | + | | + | + | + | + | | | ,, |
| 20 | Invalide | | | + | | + | + | | | Rentenkampf |
| 21 | ? | + | | + | + | | + | | | Kriminalität |
| 22 | Schlosser | keinerlei Angaben | | | | | | | | |

| Fall | Beruf | Belastung in der Familie | Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie | Hysterie | Psychopathie | Geistige Beschränkth. | Moral. Minderwertigk. | Trunksucht | Norm. Persönlichkeit | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 23 | Handlanger | | | | | | | | + | |
| 24 | Arbeiter | | | + | | | | | | |
| 25 | Ehefrau | | | + | | | | | | |
| 26 | Schiffsbauer | | | + | | | | | | Rentenkampf |
| 27 | Ehefrau | | | | | + | | | | |
| 28 | Knecht | | | | | + | | | | |
| 29 | Wächter | | | | + | | + | + | | Kriminalität |
| 30 | Maurer | | | + | + | | + | | | ,, |
| 31 | Fuhrhalter | ++ | | | + | + | | | | Kriminalität |
| 32 | Ehefrau | + | | + | | + | | | | |
| 33 | ,, | | | + | | | | | | |
| 34 | Krankenschw. | | | + | | | | | | |
| 35 | Arbeiter | + | + | + | | | | | | |
| 36 | ,, | | | + | | | + | + | | Kriminalität |
| 37 | Hausdiener | + | + | + | | + | | + | | |
| 38 | Kellnersfrau | | + | | | | | + | | |
| 39 | Ehefrau | | | + | | | + | | | Kriminalität |
| 40 | Krankenschw. | + | | + | | | + | | | |
| 41 | Ehefrau | | | + | | | + | | | Kriminalität |
| 42 | Arbeiter | | | | + | | + | + | | ,, |
| 43 | Arbeiter | | | | | | + | | | ,, |
| 44 | Ehefrau | | | + | + | | | | | |
| 45 | Näherin | + | | | | + | | | | |
| 46 | Kutscher | + | | | + | + | + | | | Kriminalität |
| 47 | Ehefrau | + | | + | + | + | | | | |
| 48 | Glaser | | | | + | | + | + | | |
| 49 | Häusler | | | | + | | | | | Rentenkampf |
| 50 | Arbeiter | | | | | + | | | | ,, |
| 51 | Monteur | | | | | | | | + | ,, |
| 52 | Heizer | + | | | | | | | | ,, |
| 53 | Arbeiter | keinerlei Angaben | | | | | | | | ,, |
| 54 | Verwalter | keinerlei Angaben | | | | | | | | |
| 55 | Arbeiter | keinerlei Angaben | | | | | | | | |
| 56 | Fischhändlerin | | | + | + | | + | | | Kriminalität |
| 57 | Lackierer | + | | | + | | + | | | ,, |
| 58 | Bergmannsfrau | + | | | | + | + | | | ,, |
| 59 | Hausiererin | + | | + | | + | | | | |
| 60 | Gastwirtsfrau | | | | | | | | + | Schwangersch. |
| 61 | Heizer | | | + | + | | + | + | | Kriminalität |
| 62 | Mechaniker | + | | + | + | + | | | | ,, |
| 63 | Korbmacher | | | + | | | + | | | ,, |

| Fall | Beruf | Belastung in der Familie | Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie | Hysterie | Psychopathie | Geistige Beschränktheit | Moral. Minderwertigk. | Trunksucht | Norm. Persönlichkeit | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 64 | Schreiner | + | | + | + | + | | | | Kriminalität |
| 65 | Kellnerin | + | | + | | + | + | | | ,, |
| 66 | Stud. jur. | + | | + | + | + | | | | |
| 67 | Goldarbeiter | | | | | | + | | | Kriminalität |
| 68 | Dienstmädchen | | | + | | | | | | |
| 69 | Verkäuferin | + | | + | | | | | | |
| 70 | Schneider | + | | + | + | + | + | + | | |
| 71 | Arbeiterin | | | + | | | | | | |
| | | 28 | 7 | 43 | 24 | 21 | 24 | 10 | 4 | |

Als Ergänzung und zum Vergleich dieser aus der Literatur gewonnenen Ergebnisse habe ich 10 Fälle von Pseudodemenz aus der Gießener Klinik auf frühere Persönlichkeit und erbliche Belastung hin untersucht. In jedem Fall wurden unter Benutzung eines ausführlichen Fragebogens bei Behörden und Privatpersonen eingehende Ermittlungen über den betreffenden Kranken angestellt, um so durch Angaben aus verschiedenen Quellen ein möglichst wahrheitsgetreues Bild der ursprünglichen Persönlichkeit zu gewinnen. Dabei war ich mir wohl bewußt, daß die Aussagen der Beurteiler bei der gegebenen Sachlage in vielen Fällen nur zu leicht von »Liebe oder Haß gesteuert« sein würden. Um nun gerade diese Fehlerquelle nach Möglichkeit abzuschwächen, verzichtete ich von vornherein darauf, bei den nächsten Angehörigen Erkundigungen einzuziehen. Als typischen Beleg für die große Gefahr der absichtlichen oder unbewußten Irreführung durch Verwandte möchte ich hier eine Erfahrung mitteilen, die ich bei unserem Fall 8 machte: Die Ehefrau des Patienten, die ihren Mann nach der Unfallbegutachtung bei uns abholte, gab an, der Verletzte habe in der Schule sehr gut gelernt und sei auch später stets ein anstelliger, intelligenter und durchaus tüchtiger Mensch gewesen. Erst nach dem Unfall seien die jetzt bestehenden psychischen Veränderungen aufgetreten. In der Familie ihres Mannes sei von Auffälligkeiten und Abnormitäten nichts bekannt. Nähere Erkundigungen meinerseits in der oben angeführten Weise ergaben dann, daß die Eltern des Patienten blutsverwandt waren, der Vater ein schwerer Psychopath und ein etwa $1^1/_2$ Jahre älterer Bruder ausgesprochen schwachsinnig war. Der Patient selbst war den An-

forderungen der Volksschule in keiner Weise gewachsen gewesen. Aufmerksamkeit, Fleiß und Leistungen waren laut Schulzeugnis mangelhaft; im ganzen war er 5mal sitzen geblieben.

Unter Vermeidung derartiger Unrichtigkeiten ergaben die angestellten Nachforschungen bei unseren 10 Fällen folgendes Resultat:

In der Hälfte der Fälle war eine erbliche Belastung zweifelsfrei festzustellen. Es handelte sich hier um geistige Beschränktheit (Fall 5 und 8), um Epilepsie (Fall 6 und 10) und um Psychopathie mit Trunksucht (Fall 9). Im Fall 5 konnte der Vater des im Jahre 1892 geborenen Patienten nicht seinen Namen schreiben. Laut Mitteilung des zuständigen Standesamtes ist die Geburtsanzeige des Rubrikaten wegen Schreibensunkunde des Vaters mit dem Handzeichen versehen. Ferner soll die ganze Verwandtschaft dieses Patienten wenig begabt, teilweise sogar sehr beschränkt sein. In dem oben bereits erwähnten Fall 8 waren die Eltern blutsverwandt, ein Bruder schwachsinnig, die übrigen Geschwister wenig intelligent. Von den beiden Fällen, in denen familienanamnestisch eine Epilepsie gefunden wurde, traten die epileptischen Anfälle in dem einen Fall bei einer Tochter des Pseudodementen (Fall 6), im anderen bei der Mutter des Kranken (Fall 10) auf. Sehr schwer belastet war die Familie der 31jährigen Ehefrau G. (Fall 9). Der Vater der Patientin, ein schwerer Trinker, starb an Tuberkulose. Die Mutter war immer kränklich und nervös. Eine Schwester, Psychopathin und »nervenschwach«, regte sich bei jeder Kleinigkeit maßlos auf. Eine weitere Schwester lebte in unglücklicher Ehe, war affektlabil und herzleidend; deren Kinder waren kränklich und schwach. Ein Bruder litt ständig an Kopfweh, hatte eine stark hypochondrische Einstellung und ein unstetes Wesen.

Analysieren wir nun die ursprüngliche Persönlichkeit unserer Patienten, soweit mir dieselbe aus Krankengeschichten, Berichten und eigener Beobachtung zugänglich war, so finden wir, daß wir es in keinem einzigen Fall mit einem einwandfreien psychischen Verhalten zu tun haben. Bei sämtlichen Kranken traten schon vor dem pseudodementen Zustandsbild psychische Defekte mehr oder weniger stark ausgeprägt in Erscheinung.

Am häufigsten war eine Psychopathie im Vorleben festzustellen und diese dann meistens in Verbindung mit hysterischen Erscheinungen oder mit geistiger Beschränktheit [11]). So wurde ein Patient als ein wenig widerstandsfähiger, in schwierigen Situationen leicht verzagter Mensch geschildert (Fall 1). Ein anderer war zurückgezogen und verschlossen, schwermütig, reizbar und leicht

---

11) Eine kurze Übersicht der Kombination verschiedener psychischer Defektzustände bei den einzelnen Patienten bringt die beigefügte Tabelle 2.

heftig, ein schwieriger Charakter; auch vor der Erkrankung war er im Leben nicht recht vorangekommen (Fall 2). Ein weiterer Patient, ebenfalls mit leicht reizbarem und explosiblem Temperament, neigte in der Erregung zu Gewalttätigkeiten, war wegen Körperverletzung vorbestraft und soll gegen die eigenen Kinder überstreng gewesen sein (Fall 3). Auch im Fall 5 war der Patient schon immer ein egoistischer, reizbarer und jähzorniger Psychopath, der leicht gewalttätig werden konnte. Ein Kranker (Fall 6) war schon in seiner Jugend als eigensinnig und verschlossen bekannt. Infolge K. D. B. (Nervenschock an der Front) versorgungsberechtigt, gelangte er in die untere Beamtenlaufbahn, hatte häufig Konflikte mit Vorgesetzten und wurde vorzeitig pensioniert. Im Fall 7 und 9 handelte es sich um haltlose Psychopathen, die moralisch und geistig minderwertig waren und Zeichen von Hysterie aufwiesen. Von beiden waren häufige Exzesse in venere bekannt geworden. Fall 8 zeigte neben der Psychopathie eine ausgesprochene Debilität. Ein schwerer Psychopath war auch der 44jährige Steuersekretär O (Fall 10). Im Umgang mit seiner Ehefrau ein Tyrann, war er in seinem Dienst nachlässig und unzuverlässig und wurde als Lügner und Aufschneider von seinen Kollegen auf der Dienststelle ganz allgemein gemieden. Nur ein einziger Patient (Fall 4) ließ keinerlei sichere psychopathische Züge in seiner Vorgeschichte erkennen.

Auffallend hoch ist weiterhin der Prozentsatz jener Patienten, die Intelligenzdefekte aufwiesen. In 8 von den 10 Fällen war eine mehr oder weniger deutlich hervortretende geistige Beschränktheit festzustellen. Zwischen leichter geistiger Einengung und ausgeprägter Debilität sich eingruppierend, hatten alle diese Patienten in der Schule mäßig oder schlecht gelernt und waren dementsprechend im späteren Leben höheren intellektuellen Anforderungen nicht gewachsen. In dem schon mehrfach angeführten Fall 8 handelte es sich um einen recht erheblichen Schwachsinn, der, wie sich einwandfrei feststellen ließ, schon längst vor der nach einem Unfall aufgetretenen Pseudodemenz bestanden hatte. Wie oben bereits dargelegt, stammte der Patient aus belasteter Familie, hatte einen schwachsinnigen Bruder und blieb selbst in der Volksschule 5mal sitzen. Trotz der im übrigen durchaus wohlwollenden Beurteilung wurde er auf meine Nachfrage hin als ein geistig sehr zurückgebliebener Mensch geschildert. Ebenfalls geistig stark eingeengt war von jeher der Arbeiter K. (Fall 5). Von seiten des Vaters, der nicht einmal schreiben konnte, erblich belastet, kam er in der Schule schlecht mit und galt nach der Schulentlassung in seinem Heimatort immer als beschränkt. Seine ganze engere Verwandtschaft soll ebenfalls geistig beschränkt sein. Im Falle 10 handelt es sich um einen Steuersekretär, der schon als Schüler den

gestellten Anforderungen nicht gerecht werden konnte. Als Militäranwärter gelangte er in seine jetzige Stellung, der er aber keineswegs gewachsen war. Nach einem Bericht seiner Behörde war er stets das Sorgenkind der nächsten Vorgesetzten, die es nicht wagten, ihm eine irgendwie schwierigere Arbeit zu übertragen, und ihn nur aus rein menschlichen Gefühlen auf seinem Posten beließen. Der Mann war sich seiner heiklen Lage nicht bewußt und trotz der Insuffizienz überheblich und anmaßend. Auch die von ihm gemachten Unterschlagungen waren so plump und wenig getarnt ausgeführt, daß man über die naive und einfältige Art verwundert sein muß. Von der erblich belasteten Frau G. (Tochter eines Potators) wissen wir nur, daß sie als Volksschülerin nur sehr mäßig begabt war (Fall 9). Der 37jährige Bote C. lernte als Kind spät sprechen, kam in der Volksschule nur schlecht mit und galt in seinem Heimatdorf bereits vor dem Auftreten der Pseudodemenz ganz allgemein als beschränkt. Seine Pseudodemenz wurzelte in einer Rentenneurose nach alter Kriegsverletzung am Arm (Fall 7). Von den übrigen 3 Fällen, die noch in diese Rubrik gehören, ist bekannt, daß sie schlechte Schüler waren, daß sie nach der Schulentlassung einen Beruf wählten, der keine großen Anforderungen an die Intelligenz stellte, und daß sie später infolge ihrer geringen geistigen Fähigkeiten im Leben nur mühsam vorwärts kamen (Fall 1, 2 und 4). In 2 von unseren 10 Fällen konnte ich über die intellektuellen Fähigkeiten der früheren Persönlichkeiten nichts in Erfahrung bringen. Es handelt sich um einen 53jährigen Bergmann (Fall 3), und um einen 61jährigen Postschaffner, der infolge einer K. D. B. in den Postdienst gekommen war (Fall 6); beides waren schwere Psychopathen.

Anzeichen für moralische Minderwertigkeit fanden sich bei unseren Fällen 3mal. Wir haben hier Psychopathen mit leicht asozialer Einstellung vor uns, die in der Befriedigung ihrer Triebe keine Hemmungen kannten; obwohl verheiratet, begingen sie extra muros Exzesse in venere, drangsalierten ihre Familie, waren sehr übel beleumundet und teilweise wegen begangener Straftaten mit dem Gesetz in Konflikt gekommen. In jedem Fall bestand neben diesen moralischen Defekten noch eine geistige Beschränktheit (Fall 7, 9 und 10) [12]).

Hysterische bzw. sonstige psychogene Erscheinungen traten bei 6 Patienten in der Vorgeschichte auf. In einem Fall (Fall 2) gab das Krankenblatt nur eine Andeutung davon. In den übrigen 5 Fällen stand es einwandfrei fest, daß die Patienten bereits vor dem Auftreten des pseudodementen Zustandes an Hysterie gelitten hatten. So hatte ein Patient (Fall 10) während seiner Kriegs-

[12]) Siehe dazu Tabelle 2.

dienstzeit 2mal eine psychogene Gang- und Gehörstörung durchgemacht. Bei der Frau G. (Fall 9) waren aus der Anamnese psychogene Sprachstörungen und andere hysterische Symptome bekannt. Im Fall 5, 6 und 7 hatte sich jeweils im Anschluß an eine Kriegsverletzung harmloserer Natur eine starke Neurose entwickelt, die durch ihre Kombination mit anderen psychogenen Beschwerden zweifelsfrei als solche gekennzeichnet war.

Epilepsie und Trunksucht waren bei unseren Patienten in keinem Fall aus der Vorgeschichte bekannt.

Beruflich gehörten die Patienten in der Mehrzahl dem Arbeiterstand an. Bei jenen beiden, die im Beamtenverhältnis standen, war in einem Fall die K. D. B., im anderen eine längere Militärdienstzeit das berufsfördernde Moment gewesen.

Das Lebensalter der Kranken — um das nebenbei zu bemerken — lag bei Ausbruch der Pseudodemenz zwischen 31 und 61 Jahren. Diese begrenzte Lebensperiode hat sich aber wohl rein zufällig dadurch ergeben, daß mir eine relativ geringe Anzahl von Fällen zur Verfügung stand; in der Literatur sind jedenfalls eindeutige Fälle von Pseudodemenz bei Kindern und Greisen beschrieben worden.

Das den Scheinblödsinn auslösende Agens war in 8 Fällen Rentenkampf, meist nach Kriegsverletzung; in einem Falle bei einer graviden Frau war es das Desiderium interruptionis und in einem anderen Fall lag Kriminalität zu Grunde.

Tabelle 2.

| Fall | Beruf | Belastung in der Familie | Psychische Abnormitäten bei den Patienten: Epilepsie | Hysterie | Psychopathie | Geistige Beschränktheit | Moral. Minderwertigkeit | Trunksucht | Norm. Persönlichkeit | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 45j. Arbeiter | | | + | + | + | | | | Rentenkampf |
| 2 | 54j. Althändler | | | | + | + | | | | ,, |
| 3 | 53j. Bergmann | | | | + | ? | | | | ,, |
| 4 | 46j. Bergmann | | | | | + | | | | ,, |
| 5 | 42j. Arbeiter | + | | + | + | + | | | | ,, |
| 6 | 61j Postschaffn. | + | | + | + | ? | | | | ,, |
| 7 | 37j. Bote | | | + | + | + | + | | | ,, |
| 8 | 32j. Arbeiter | + | | | + | + | | | | ,, |
| 9 | 31j. Ehefrau | ++ | | + | + | + | + | | | Schwangersch. |
| 10 | 44j. Steuersekr. | + | | + | + | + | + | | | Kriminalität |
| | | 5 | | 6 | 9 | 8 | 3 | | | |

Überblicken wir nun noch einmal die Resultate, die sich für unsere Betrachtung aus der Erforschung der ursprünglichen Persönlichkeit sowohl bei den in der Literatur veröffentlichten als auch bei den aus der Gießener Klinik genommenen Fälle ergeben haben, so zeigt ein Vergleich beider Tabellen folgendes:

Der prozentuale Anteil von Hysterie und moralischer Minderwertigkeit ist in beiden Gruppen annähernd gleich. Der Anteil der familiären Belastung ist in der 2. Gruppe wesentlich größer, und Psychopathie und geistige Beschränktheit machen hier im Verhältnis fast das 3fache von der Häufigkeit in der ersten Gruppe aus. Dieser Unterschied erklärt sich wohl einmal daraus, daß die der Tabelle 1 zu Grunde gelegten Angaben zum größten Teil noch aus einer Zeit stammen, in der auch von psychiatrischer Seite der erblichen Belastung, der Psychopathie und der geistigen Minderwertigkeit noch nicht die heute erlangte Bedeutung beigemessen wurde. Zum anderen ist zu bedenken, daß es ja im Sinne dieser Arbeit lag, die mir noch besser zugänglichen eigenen Fälle gerade auf diese psychischen Abnormitäten eingehend zu erforschen, während dieselben bei den oft aus ganz anderen Gründen veröffentlichten Arbeiten der ersten Gruppe gelegentlich nur als Randbemerkungen oder Nebensächlichkeiten mitgeteilt waren. Aus diesen Gründen erscheint es mir berechtigt, trotz des zahlenmäßig kleineren Materials bei der abschließenden Beurteilung den aus der zweiten Gruppe gewonnenen Ergebnissen die größere sachliche Richtigkeit zuzuerkennen und diese dementsprechend mit Vorzug für das Endergebnis zu bewerten.

Wie stellt sich uns nun nach den obigen Darlegungen die ursprüngliche Persönlichkeit der Pseudodementen dar?

Pseudodemenz tritt nach unserer Erfahrung vorwiegend bei Individuen auf, die eine irgendwie abnorme psychische Veranlagung haben. Bei erbgesunden und psychisch einwandfreien Persönlichkeiten vermögen wohl auch die stärksten Wunschvorstellungen oder andere affektbetonte Erlebnisse, die ja nach *Schuppius* (l. c.) die gleiche Wirkung haben sollen wie die ersteren, keine Pseudodemenz auszulösen. Die wenigen in der Literatur veröffentlichten Fälle, bei denen von erblicher Belastung und psychischer Abnormität der früheren Persönlichkeit nichts mitgeteilt bzw. beides ausdrücklich verneint wird, vermögen diese Feststellung kaum zu erschüttern. Bei unseren eigenen Fällen fand sich jedenfalls keine psychisch normale Persönlichkeit.

Zunächst fällt bei den von mir untersuchten Fällen auf, daß es sich sehr häufig um Psychopathen und Hysteriker handelt, um willensschwache, wankelmütige, wenig widerstandsfähige, unstete und zu abnormen Reaktionen neigende Persönlichkeiten, um egoistische, schwierige Charaktere, denen allen ein irgendwie mangel-

haftes soziales Empfinden gemeinsam ist. Pflichtgefühl und Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Gemeinschaft, in der sie als Einzelglied existieren, scheinen bei diesen Menschen sehr wenig ausgeprägt zu sein. Sie vermögen auf Grund ihrer minderwertigen Konstitution selbst in geregelten Lebenslagen nicht ihren Mann zu stellen, versagen in schwierigen Situationen vollkommen, werden den Anforderungen, die der Kampf ums Dasein an sie stellt, nicht gerecht, bleiben in der Verfolgung ihrer Ziele auf halber Strecke liegen, kämpfen hartnäckig um Rente, die ihnen nicht zusteht und fallen mitsamt ihren Familien den Wohlfahrtseinrichtungen zur Last. Nicht selten finden wir unter diesen Pseudodementen auch ausgesprochen asoziale Elemente, die bereits vor dem Auftreten ihrer Erkrankung mehr oder weniger oft mit dem Gesetz in Konflikt gekommen sind.

Ferner sehen wir, daß sich neben der psychopathischen und hysterischen Veranlagung in der prämorbiden Persönlichkeit von Pseudodementen sehr oft Defekte auf intellektuellem Gebiet zeigen. Einigermaßen intelligente Menschen finden sich kaum in der Gesamtheit der Fälle. Bei unseren eigenen Fällen konnten wir bei 2 Personen über ihre frühere Intelligenz nichts in Erfahrung bringen. Bei den übrigen 8 waren alle Grade der geistigen Minderwertigkeit vertreten, von der physiologischen Dummheit angefangen bis zum ausgesprochenen Schwachsinn; es fand sich unter ihnen keiner, der durchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten aufzuweisen hatte. Diese Tatsache ist um so bedeutsamer, als ich mich gerade in dieser Hinsicht bemüht habe, durch Nachfrage bei Schulbehörden und durch Einsichtnahme in die Schulzeugnisse ein möglichst objektives Urteil zu gewinnen. Aber auch abgesehen von diesen objektiven Feststellungen konnte man sich bei den Untersuchungen einzelner Pseudodementer immer wieder — zwar nur rein gefühlsmäßig — des Eindrucks nicht erwehren, daß es sich hier um Menschen handelte, die bereits vor ihrer Erkrankung geistig eingeengt gewesen sein mußten.

Wenn ich oben ganz allgemein von einer psychisch abnormen Veranlagung sprach, so möchte ich mich jetzt etwas präziser ausdrücken und sagen, daß psychopathische Mängel der Lebenskraft und des Verantwortungsgefühls mit Einschluß der Hysterie bzw. der Neigung zu psychogener Reaktion und geistige Beschränktheit wohl die Abnormitäten sind, die mir bei Erforschung der ursprünglichen Persönlichkeiten bei Pseudodementen vorzugsweise entgegentraten. Es will mir auf Grund dieser Feststellung scheinen, als ob Wunschvorstellungen irgendwelcher Art bei einem Individuum gerade dann sehr leicht zur Pseudodemenz führen, wenn diese genannten psychischen Defekte miteinander kombiniert in der ursprünglichen Persönlichkeit verankert

sind. Zu weitgehenden Schlüssen fühle ich mich auf Grund des zahlenmäßig kleinen Materials allerdings nicht berechtigt. Es sollen hier mit einem Versuch, in die psychische Struktur der früheren Persönlichkeit bei Pseudodementen etwas einzudringen, nur einige Hinweise gegeben sein.

Es sei mir abschließend nur noch gestattet, eine Frage anzuschneiden, die heute unter Umständen praktische Bedeutung erlangen kann: An Hand eines Falles habe ich gezeigt, daß die geistige Beschränktheit der prämorbiden Persönlichkeit bei Pseudodementen gelegentlich den Grad eines ausgesprochenen Schwachsinns erreichen kann. Es handelt sich hier also um die vom erbgesundheitlichen Standpunkt aus interessante Feststellung, daß sich gelegentlich hinter einer Pseudodemenz ein angeborener Schwachsinn verbergen kann. Früher hatte die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Defekten in solchen Fällen höchstens einen theoretisch-wissenschaftlichen Wert. In der Praxis war es bisher wohl meistens so, daß bei Kranken dieser Art sämtliche Ausfälle innerhalb der intellektuellen Sphäre auf das Konto des Scheinblödsinns gesetzt wurden; und zwar einmal, weil — wie ich oben ausführlich darlegte — die von den nächsten Angehörigen erhobene Anamnese über die frühere Persönlichkeit des Kranken in sehr vielen Fällen nicht den objektiven Tatsachen entspricht und irreführt, zum anderen, weil das Zustandsbild der Pseudodemenz die ursprünglichen Intelligenzdefekte tatsächlich derart überlagert und verdeckt, daß man nicht ohne weiteres noch nebenbei einen angeborenen Schwachsinn vermutet. Mancher Schwachsinn ist sicherlich früher auf diese Weise verkannt worden. Als Beispiel diene unser Fall 8: Trotz Beobachtung und Begutachtung des Patienten in unserer Klinik, hatten wir, durch die falsche Anamnese irregeführt, nicht an einen angeborenen Schwachsinn gedacht. Erst die gelegentlich dieser Arbeit angestellten Erhebungen über die Vorgeschichte des Kranken bei Behörden und anderen objektiven Beurteilern ergaben zweifelsfrei, daß wir es hier mit einem angeborenen Schwachsinn zu tun hatten, dem eine Pseudodemenz nach Unfall aufgepfropft war. Der Patient fiel somit unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und wurde nachträglich von uns angezeigt. Wir sehen an Hand dieses Falles, wie notwendig es für eine restlose Erfassung aller Schwachsinnigen ist, bei jedem Fall von Pseudodemenz eine eingehende Untersuchung der früheren Persönlichkeit auf angeborene Intelligenzdefekte anzustellen. Jeder so entdeckte Schwachsinn ist — der Sterilisierung zugeführt — als ein doppelter Gewinn für die geistige Gesundung unseres Volkes zu buchen. Denn nicht nur die unerwünschte Vermehrung der Schwachsinnigen wird in diesem Fall unterbunden, sondern bei der den meisten Pseudodementen eigenen Kombination

von Psychopathie und Beschränktheit wird überdies noch dafür gesorgt, daß ein Psychopath seine oft recht bedenkliche Erbmasse nicht nach Willkür und Laune fortpflanzen und so die Volksgemeinschaft mit einer minderwertigen Nachkommenschaft belasten kann.

Zum Schlusse dieser Arbeit obliegt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. *Hoffmann* für die gütige Angabe des Themas, für die Überlassung der Fälle, sowie für die bei Abfassung der Dissertation gegebenen Winke und Anregungen meinen herzlichen Dank auszusprechen.

## Literatur.

1. *Bieling,* Organische Erkrankungen mit hysterischer Pseudodemenz. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 38 (1915).
2. *Binswanger,* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand (*Ganser*). Monatsschr. f. Psychiatr. Bd. 3 (1898).
3. *Braun,* Psychogene Reaktionen. *Bumke,* Handbuch d. Geisteskrankheiten. Bd. 5, 1. Teil.
4. *Bumke,* Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Wiesbaden 1919.
5. *Dietz,* Simulation von Geistesstörungen usw. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 53 (1897).
6. *Flatau,* Über den *Ganser*schen Symptomenkomplex. Zeitschr. f. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 15, Orig. (1913).
7. *Ganser,* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Arch. f. Psychiatr. Bd. 30 (1898).
8. *Haenisch,* Zur diagnostischen Bedeutung des *Ganser*schen Symptoms. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 33.
9. *Henneberg,* Über das *Ganser*sche Symptom. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 61 (1904).
10. *Hey,* Das *Ganser*sche Symptom, seine klinische und forense Bedeutung. Berlin 1904. (Hirschwaldverlag.)
11. *Kaiser,* Beiträge zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 58 (1902).
12. *Last* und *Meyer,* Zur Frage pseudodemenzähnlicher psychischer Störungen nach CO-Vergiftung u. a. Hirnschädigungen. Arch. f. Psychiatr. Bd. 96 (1932).
13. *Lücke,* Über das *Ganser*sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 60 (1903).
14. *Moeli,* Über irre Verbrecher. Berlin 1898.
15. *Neisser,* Ein weiterer Fall von Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. Folge Bd. 5 (1893).
16. *Nissl,* Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt f. Nervenheilkunde. 144.

17. *Pfeifer,* Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen. *Bumke,* Handbuch d. Geisteskrankheiten. Bd. 7, 3. Teil.
18. *Raecke,* a) Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes.
b) Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen.
Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 58 (1903).
19. *Riklin,* Zur Psychologie hysterischer Dämmerzustände und des *Ganser*schen Symptoms. Psych. neurol. Wochenschr. 1904, 21 und 22.
20. *Schuppius,* Das Symptomenbild der Pseudodemenz und seine Bedeutung für die Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. Neurol. und Psychiatr. Bd. 22, Orig. (1914).
21. *Sorge,* Klinischer Beitrag zur Frage von den Bewußtseinsstörungen. Neurologisches Zentralblatt 1903.
22. *Stertz,* Über psychogene Erkrankungen und Querulantenwahn nach Trauma nebst ihrer Bedeutung f. d. Begutachtungspraxis. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 7, (1904).
23. *Vorster,* Über hysterische Dämmerzustände u. d. Vorbeireden. Monatsschrift f. Psych. und Neurol. Bd. 15 (1904).
24. *Wernicke,* Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900.
25. *Westphal,* Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen u. d. Symptom des Vorbeiredens. Deutsche Med. Wochenschrift 1904, 1.
26. *Westphal,* Über hysterische Dämmerzustände u. d. Symptom des Vorbeiredens. Neurol. Zentralblatt 1903.

# Lebenslauf

Ich, Leonhard Backmann, wurde am 28. Februar 1898 zu Haltern/Westf. geboren. In meiner Heimatstadt absolvierte ich die Volksschule und die ersten Gymnasialklassen, bis ich im Nov. 1916 zum Kriegsdienst einberufen wurde. Nach Kriegsende war ich mehrere Jahre erwerbstätig, später trieb ich Privatstudien und nahm 1928 am Neuen Gymnasium zu Würzburg mein Gymnasialstudium wieder auf. An dieser Anstalt bestand ich Ostern 1929 die Reifeprüfung. Mein erstes Studiensemester verbrachte ich in Münster, zwei weitere in Tübingen und die übrigen 8 Semester in Gießen. In Gießen bestand ich am Ende des W.-S. 1931/32 die ärztliche Vorprüfung und im W.-S. 1934/35 das medizinische Staatsexamen. Von meinem praktischen Jahr verbrachte ich 8 Monate in der Universitätsnervenklinik zu Gießen, 4 Monate auf der inneren Abteilung der Städt. Krankenanstalten in Dortmund.